

PROTOCOLE D'ACCORD POUR LE PAIEMENT EN TIERS PAYANT POUR LA PRISE EN CHARGE FORFAITAIRE ET COMPLEMENTAIRE DU SEVRAGE TABAGIQUE POUR LES BENEFICIAIRES DE LA CMUC CONSULTANTS DU CENTRE D'EXAMEN DE SANTE DU GERS

Préambule

La consultation de tabacologie ouverte au Centre d'Examens de Santé (CES) depuis le 17 Octobre 2011 est amenée à prendre en charge des fumeurs tabagiques précaires. La durée d'une période de sevrage est estimée en moyenne à 3 mois.

La motivation est le déterminant majeur de l'arrêt du tabac et elle est renforcée par la capacité à accéder facilement et rapidement aux substituts nicotiniques.

Il apparaît que le coût financier, induit par l'avance des frais pour l'achat des substituts nicotiniques, est un frein à la démarche pour les personnes en situation de précarité même s'il est compensé par les économies réalisées sur l'achat du tabac à moyen et long terme.

Les aides actuellement existantes sont les forfaits de 50 € pour le public tout venant et de 150 € pour les femmes enceintes. Ce dernier dispositif devrait concerner également les bénéficiaires de la CMUc.

Le fumeur fait l'avance des frais qui lui sont remboursés sur envoi à la CPAM de la facture accompagnée de la prescription médicale.

Ces aspects avaient été mis en avant au cours de la réflexion préalable à l'ouverture de cette offre de service du CES et ont été soulignés lors de la CPL des pharmaciens du 10 Novembre 2011.

Un groupe de travail s'est réuni le 9 Mars 2012 et a présenté ces conclusions à la Commission paritaire départementale.

1 - Objet : Prise en charge des substituts nicotiniques en tiers payant dans le cadre du forfait légal et de la prestation complémentaire ASS

Afin d'optimiser et de simplifier la prise en charge tabacologique par le CES l'accord s'est fait autour de la prise en charge en tiers payant du forfait légal de 50 € annuel pour les bénéficiaires de la CMUc et de 150 € pour les femmes enceintes CMUc.

Cette aide peut faire l'objet également d'un complément financé par les fonds d'aide de l'action sanitaire et sociale de la CPAM du Gers d'un montant maximum de 50 €.

2 - Champ du protocole

Les adhérents du régime général bénéficiaires de la CMUc ayant fait l'objet d'une consultation tabacologique au Centre d'Examen de Santé du Gers.

3 - Modalités pratiques de délivrance et de facturation

La prise en charge en tiers payant de ces 2 prestations, prestations légale et complémentaire ASS, interviendra sur présentation à la pharmacie du bon de prise en charge émanant du CES (annexe 1) et du volet de facturation (annexe 2).

Le CES mentionnera sur le volet de facturation le type et le montant de la prestation allouée (case à cocher) et sur le bon de prise en charge le type de substitution nicotinique à délivrer.

La prestation initiale allouée sera toujours le forfait légal.

Les 2 prestations pourront se cumuler sur le même volet de facturation. La décision en incombe exclusivement au CES.

Le montant de la prestation légale ayant été majorée à 150 € pour les femmes enceintes, elles n'entrent pas dans le cadre de la prestation complémentaire ASS.

Le Pharmacien mentionnera sur ce document le montant délivré sachant que celui-ci ne peut excéder le montant total de la prestation allouée. Dans le cas où il y aurait un solde de la prestation légale qui pourrait se cumuler avec la prestation complémentaire, le solde sera mentionné par le Centre d'Examen de Santé sur le volet de facturation.

Le CES suivra l'évolution du solde des prestations pour chaque bénéficiaire.

4- Modalités de remboursement

S'agissant d'une dérogation locale à la réglementation nationale en vigueur, ces dossiers ne pourront pas être télétransmis.

Le pharmacien retournera, par courrier simple (hors ramassage des ordonnances), le volet de facturation complété et tamponné au Centre d'Examen de Santé qui le fera suivre au service concerné pour paiement.

Le paiement sera effectué en tiers payant, à 100% dans un délai de sept jours calendaires à partir de la réception du document par le CES.

5 - Entrée en vigueur et durée de la protocole

Le présent protocole entre en vigueur à compter de la date de sa signature. Il est conclu pour une durée de trois ans.

6 - Dénonciation

Le présent protocole peut être dénoncé par l'une des parties signataires deux mois au moins avant son échéance par lettre recommandée avec avis de réception.

Fait à Auch le 1er juillet 2012.

Le Directeur de la CPAM

Serge BOYER

Président de la FSPF du Gers

Michel BOURROUSSE

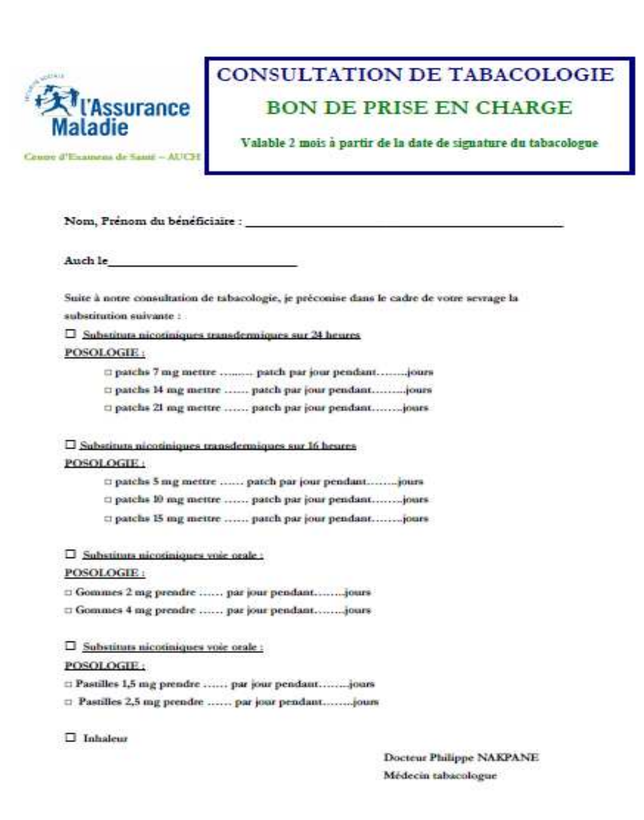
Présidente de l'UNPF du Gers

Martine DUBOSC

CONSULTATION DE TABACOLOGIE
MODE D'EMPLOI

1 - Le consultant (CMUc) vous remet le bon de prise en charge qui préconise les substituts adaptés, **<u>et</u>** le volet de facturation, dispensant de l'avance des frais, qui détermine :

- soit le montant maximum alloué (pré rempli par le CES) de 50€ ou 150€ (femmes enceintes) dans le cadre de la prestation légale, ou de 50 € dans le cadre du forfait complémentaire (accord local)
- soit le montant restant alloué pré rempli par le CES (solde restant au titre du tiers payant).



l'Assurance Maladie

Centre d'Examens de Santé – AUCH

CONSULTATION DE TABACOLOGIE

BON DE PRISE EN CHARGE

Valable 2 mois à partir de la date de signature du tabacologue

Nom, Prénom du bénéficiaire : ______________________________

Auch le______________________

Suite à notre consultation de tabacologie, je préconise dans le cadre de votre sevrage la substitution suivante :

☐ Substituts nicotiniques transdermiques sur 24 heures

POSOLOGIE :

□ patchs 7 mg mettre .... patch par jour pendant........jours
□ patchs 14 mg mettre ...... patch par jour pendant.........jours
□ patchs 21 mg mettre ...... patch par jour pendant........jours

☐ Substituts nicotiniques transdermiques sur 16 heures

POSOLOGIE :

□ patchs 5 mg mettre ...... patch par jour pendant........jours
□ patchs 10 mg mettre ...... patch par jour pendant........jours
□ patchs 15 mg mettre ...... patch par jour pendant........jours

☐ Substituts nicotiniques voie orale :

POSOLOGIE :

□ Gommes 2 mg prendre ...... par jour pendant........jours
□ Gommes 4 mg prendre ...... par jour pendant........jours

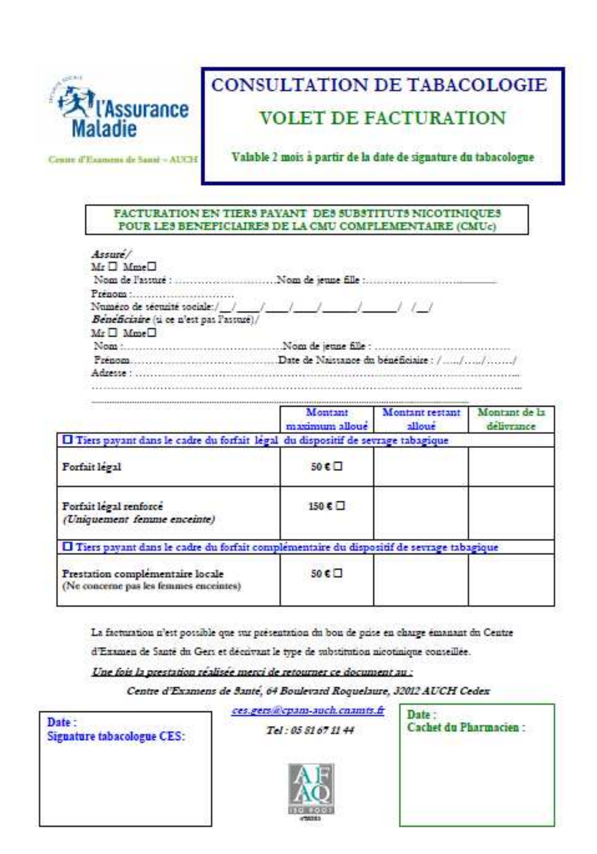
☐ Substituts nicotiniques voie orale :

POSOLOGIE :

□ Pastilles 1,5 mg prendre ...... par jour pendant........jours
□ Pastilles 2,5 mg prendre ...... par jour pendant........jours

☐ Inhaleur

Docteur Philippe NAKPANE
Médecin tabacologue



l'Assurance Maladie

Centre d'Examens de Santé – AUCH

CONSULTATION DE TABACOLOGIE

VOLET DE FACTURATION

Valable 2 mois à partir de la date de signature du tabacologue

FACTURATION EN TIERS PAYANT DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES POUR LES BENEFICIAIRES DE LA CMU COMPLEMENTAIRE (CMUc)

Assuré/
Mr ☐ Mme☐
Nom de l'assuré : ....Nom de jeune fille : ....
Prénom : ....
Numéro de sécurité sociale:/__/____/____/____/______/______/ /__/
Bénéficiaire (si ce n'est pas l'assuré)/
Mr ☐ Mme☐
Nom : ....Nom de jeune fille : ....
Prénom...Date de Naissance du bénéficiaire : /...../...../......./
Adresse : ....

	Montant maximum alloué	Montant restant alloué	Montant de la délivrance
☐ Tiers payant dans le cadre du forfait légal du dispositif de sevrage tabagique			
Forfait légal	50 € ☐		
Forfait légal renforcé *(Uniquement femme enceinte)*	150 € ☐		
☐ Tiers payant dans le cadre du forfait complémentaire du dispositif de sevrage tabagique			
Prestation complémentaire locale (Ne concerne pas les femmes enceintes)	50 € ☐		

La facturation n'est possible que sur présentation du bon de prise en charge émanant du Centre d'Examen de Santé du Gers et décrivant le type de substitution nicotinique conseillée.

<u>Une fois la prestation réalisée merci de retourner ce document au :</u>

Centre d'Examens de Santé, 64 Boulevard Roquelaure, 32012 AUCH Cedex

ces.gers@cpam-auch.cnamts.fr

Tel : 05 81 67 11 44

Date :
Signature tabacologue CES:

Date :
Cachet du Pharmacien :

2 - Vous complétez <u>le volet de facturation</u> : Indiquer le **<u>montant total de la délivrance</u>**. (Le solde pourra être utilisé lors d'une autre délivrance) et apposer le tampon de l'officine

3 – Vous restituez le bon de prise en charge au patient pour ses prochaines délivrances

4 – Vous adressez le volet de facturation au Centre d'examen de santé (hors enveloppe télétransmission)

5 – Le centre d'examen de santé transmet le volet de facturation au service de production de la CPAM qui réalisera le paiement sur le compte de l'officine concernée



Centre d'Examens de Santé – AUCH

CONSULTATION DE TABACOLOGIE

BON DE PRISE EN CHARGE

Valable 2 mois à partir de la date de signature du tabacologue

Nom, Prénom du bénéficiaire : ____

Auch le_____________________________

Suite à notre consultation de tabacologie, je préconise dans le cadre de votre sevrage la substitution suivante :

☐ Substituts nicotiniques transdermiques sur 24 heures

POSOLOGIE :

□ patchs 7 mg mettre ….….. patch par jour pendant……..jours

□ patchs 14 mg mettre …… patch par jour pendant……...jours

□ patchs 21 mg mettre …… patch par jour pendant……..jours

☐ Substituts nicotiniques transdermiques sur 16 heures

POSOLOGIE :

□ patchs 5 mg mettre …… patch par jour pendant……..jours

□ patchs 10 mg mettre …… patch par jour pendant……..jours

□ patchs 15 mg mettre …… patch par jour pendant……..jours

☐ Substituts nicotiniques voie orale :

POSOLOGIE :

□ Gommes 2 mg prendre …… par jour pendant……..jours

□ Gommes 4 mg prendre …… par jour pendant……..jours

☐ Substituts nicotiniques voie orale :

POSOLOGIE :

□ Pastilles 1,5 mg prendre …… par jour pendant……..jours

□ Pastilles 2,5 mg prendre …… par jour pendant……..jours

☐ Inhaleur

Docteur Philippe NAKPANE
Médecin tabacologue



Centre d'Examens de Santé – AUCH

CONSULTATION DE TABACOLOGIE

VOLET DE FACTURATION

Valable 2 mois à partir de la date de signature du tabacologue

FACTURATION EN TIERS PAYANT DES SUBSTITUTS NICOTINIQUES POUR LES BENEFICIAIRES DE LA CMU COMPLEMENTAIRE (CMUc)

Assuré/
Mr ☐ Mme☐
Nom de l'assuré : ………………………Nom de jeune fille :……………………...............
Prénom :………………………
Numéro de sécurité sociale:/__/____/____/____/_____/_____/ /__/
Bénéficiaire (si ce n'est pas l'assuré)/
Mr ☐ Mme☐
Nom :……………………………………Nom de jeune fille : ………………………………
Prénom………………………………Date de Naissance du bénéficiaire : /…../…../……./
Adresse : ……………………………………………………………………………...
……………………………………………………………………………………...
…………………………………………………………………………………………

	Montant maximum alloué	Montant restant alloué	Montant de la délivrance
☐ **Tiers payant dans le cadre du forfait légal du dispositif de sevrage tabagique**			
Forfait légal	**50 €** ☐		
Forfait légal renforcé ***(Uniquement femme enceinte)***	**150 €** ☐		
☐ **Tiers payant dans le cadre du forfait complémentaire du dispositif de sevrage tabagique**			
Prestation complémentaire locale **(Ne concerne pas les femmes enceintes)**	**50 €** ☐		

La facturation n'est possible que sur présentation du bon de prise en charge émanant du Centre d'Examen de Santé du Gers et décrivant le type de substitution nicotinique conseillée.

<u>Une fois la prestation réalisée merci de retourner ce document au :</u>

Centre d'Examens de Santé, 64 Boulevard Roquelaure, 32012 AUCH Cedex

ces.gers@cpam-auch.cnamts.fr

Tel : 05 81 67 11 44

Date :
Signature tabacologue CES:

Date :
Cachet du Pharmacien :

AFAQ ISO 9001 n°35553